

Catholic Diocese of Fort Worth and/or the Parish of JBD Catholics (ABVM, St. John, St. Mary) [PARISH]

Annual Youth Ministry Parent/Guardian/Conservator Permission, Liability Waiver and Medical Information

Youth Participant's Name: _____ [YOUTH PARTICIPANT]
Birth Date: / / Sex: Male Female
Parent/Guardian Name: _____ [PARENT/GUARDIAN]
Home Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Parent Cell Phone _____ Texting: Yes No Email: _____

Emergency Contact Name (other than PARENT/GUARDIAN): _____
Relationship to the YOUTH PARTICIPANT: _____
Primary Phone Number: _____ Texting: Yes No

Insurance Information

Is the participant insured? Yes No

If yes, please fill out the information below FROM THE YOUTH PARTICIPANTS Insurance Card:

Name of Policy Holder (whose name is the policy in) _____
Insurance Carrier/Name of Insurance Co: _____
Policy Number: _____ Insurance ID Number: _____
Claim Address/Zip _____
Customer Service Phone # _____

Prescriptions and Medications:

NOTE: Please check 1 of the 3 boxes below.

- Box 1: This child takes no medication and will bring no medication with him/her.
Box 2: This child takes medication(s) and will self-medicate. The child will bring all such medications necessary, and such medications will be clearly labeled. I understand that the child will be required to turn all medication(s) over to a supervising adult designated to keep medication(s). I further understand that it will be this child's responsibility to present himself/herself at a location designated for returning medication(s) to this child at the frequencies/times listed below. I understand that the adult to whom this child surrenders the medication has no medical training and this adult will not measure dosages. This child will return the medication(s) to the adult after he/she self-medicates. At the conclusion of the event it will be this child's responsibility to pick up remaining medication(s), if any, at the self-medication designated location. Names of medications and exact dosage and frequencies/times are as listed below: (you may attach a sheet to this form if you need more space just make sure to sign and date it as well).
Box 3: This child takes medication but is unable to self-medicate. The child's parent/guardian/conservator will provide and dispense any and all needed medications.

Over-The-Counter Medication Permission

Note: please check one (1) of the two (2) boxes below.

- Box 1: No medication of any type whether prescription or nonprescription may be administered to this child unless the situation is life-threatening and emergency treatment is required.
Box 2: I grant permission for the following nonprescription medication to be given to this child in the recommended dosage on the medication bottle.

Table with 3 columns: Medication Name, Yes, No. Rows include Non-aspirin pain reliever, Throat Lozenge, Decongestant, Antacid, and Antihistamine.

Diócesis Católica de Fort Worth y/o Parroquia de JBD Catholics (ADUM, St John, St Mary) [PARROQUIA]

Pastoral con Adolescentes - Padre/guardián/conservador permiso, liberación de responsabilidad e información médica anual

Nombre del joven participante: _____ [JOVEN PARTICIPANTE]

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino

Nombre del padre/guardián: _____ [PADRE/GUARDIÁN]

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ZP: _____

Teléfono celular padre/guardián: _____ Mensajes de texto: Sí No Email: _____

Contacto de emergencia – Nombre (distinto del padre/guardián): _____

Parentesco/relación con el JOVEN PARTICIPANTE _____

Teléfono principal: _____ Mensajes de texto: Sí No

Información del seguro

¿Está asegurado el participante? Sí No

Si lo está, favor de llenar la información que se pide abajo, tal como aparece en la tarjeta de seguro del PARTICIPANTE.

Nombre en la póliza de seguro (a nombre de quién está) _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____ Número de identificación del seguro: _____

Dirección para enviar reclamaciones, incluya el código postal _____

Número de teléfono de servicio al cliente _____

Medicamentos recetados:

NOTA: Por favor marque abajo UNO de los tres cuadros

- Este niño(a) no toma ningún medicamento y no traerá con él/ella ningún medicamento.
- Este niño(a) toma medicamentos y puede tomarlos por sí mismo. Este niño(a) traerá todo medicamento necesario y estos medicamentos estarán claramente etiquetados. Entiendo que se le requerirá a este niño(a) entregar todo medicamento a un adulto designado para cuidar los medicamentos. Además entiendo que será la responsabilidad de este niño(a) presentarse en el lugar asignado para recibir su medicamento(s) con la frecuencia/horario indicado abajo. Yo entiendo que el adulto al que este niño(a) le entregue el medicamento no tiene ningún entrenamiento médico y que este adulto no medirá la dosis. Este niño(a) regresará el medicamento(s), después que él/ella tome su medicamento. Al terminar el evento, será la responsabilidad de este niño(a) recoger cualquier medicamento, si queda alguno, en el lugar designado para la administración del medicamento. Nombres de los medicamentos, la dosis exacta, y la frecuencia/tiempo están escritas abajo: (Si necesita más espacio, use otra hoja, firmela y féchela).

- Este niño(a) toma medicamento(s) pero no se los puede administrar. El padre/guardián/conservador del niño(a) proporcionará y dispensará cualquier y todo medicamento necesario(s).

Permiso para medicamentos no recetados

NOTA: Por favor marque UNO de los dos cuadros

- Ningún medicamento de cualquier tipo, sea recetado o no recetado, será administrado este niño(a) a menos que sea una situación de vida o muerte y tratamiento de emergencia sea requerido.

- Yo doy permiso para que los siguientes medicamentos no recetados se le den a mi hijo/hija (excluyendo los que puedan causar una reacción alérgica) en la dosis recomendada en el frasco de la medicina.

Medicamento sin aspirina para aliviar el dolor	Sí _____	No _____
Pastilla para la garganta	Sí _____	No _____
Descongestionante	Sí _____	No _____
Antiácido	Sí _____	No _____
Antihistamínico	Sí _____	No _____

Específica información médica

Specific Medical Information

1. Allergic reactions (medications, foods, plants, insects, etc.):

2. Any physical limitations

3. Has child recently been exposed to contagious disease or condition such as mumps, measles, chicken pox, etc.? If so, date and disease or condition.

4. Please describe any other special medical or non-medical conditions of the child?

Release/Indemnification Information:

PARENT/GUARDIAN grants permission for YOUTH PARTICIPANT to participate with the various programs and activities of the Diocese of Fort Worth and/or the PARISH beginning the 1st day of June, 2020 and continuing through the 31st day of May, 2021. These various programs and activities will take place under the guidance and direction of employees and/or volunteers from the PARISH and/or the Diocese of Fort Worth. This permission and liability waiver will be kept on file and will accompany the child on any and all programs and activities of the Diocese of Fort Worth and/or the PARISH. A separate FORM B Consent to Participate and Consent to Emergency Medical Treatment must be filled out and turned in to accompany this form per each program and/or activity.

I understand that as parent/guardian/conservator, I remain legally responsible for any personal actions taken by the participant named above.

I agree on behalf of myself, the above named YOUTH PARTICIPANT, our/his/her heirs, successors, and assigns to hold harmless, the Diocese of Fort Worth, the Bishop and his successors, employees, agents, volunteers, the Parish, its employees and volunteers from any and all claims (unless due to the negligence of the Diocese and/or Parish) for illness, injury, death and the cost of medical treatment therewith, arising from or in any way connected with my son's/daughter/participant's attending the various programs and activities during the dates named above.

In the event any legal action is taken by either party against the other party to enforce any of the terms and conditions of this agreement, it is agreed that the unsuccessful party to such action shall pay to the prevailing party therein all reasonable court costs, reasonable attorneys' fees and expenses incurred by the prevailing party.

Promotional Release

I also consent to the use of any videotapes, photographs, slides, audiotapes, or any other visual or audio reproduction (in perpetuity unless otherwise revoked by me in writing and delivered to the PARISH and by certified mail, return receipt requested, to: The Catholic Center, 800 West Loop 820 South, Fort Worth, TX 76108, ATTN: Director of Youth Ministry and Adolescent Catechesis) in which my son/daughter may appear by the Diocese of Fort Worth. I understand that these materials, including websites and social media sites, are being used for promotion of the youth ministry of the Diocese of Fort Worth which may include recruitment and fundraising efforts.

Social Media Release

The Diocese of Fort Worth utilizes today's technology in a positive way to reach out to the youth of the Diocese, including Facebook email, and other social media. We may remove any content deemed inappropriate. All communications with any youth through social media programs by anyone representing the Diocese may be made available to any parent upon request. If you do not allow your son/daughter to text, Facebook, or use other social media, there will be no expectation that they do so in order to participate in certain youth ministry events. However, the Diocese cannot guarantee that photos, videos or other communications of your son/daughter from diocesan and/or parish events will not be uploaded to a social media site.

To the best of my ability, everything I have stated here is true and accurately reflects my wishes.

Parent/Guardian/Conservator Signature _____

Date _____

By checking this box and typing your name above, you have agreed that this is your electronic signature.

If you do not wish to sign this document electronically, please print the document, sign, and mail to your parish.

1. Reacciones alérgicas (medicamentos, comida, plantas, insectos, etc.)
2. Cualquier limitación física
3. ¿Ha sido expuesto este niño(a) a alguna enfermedad contagiosa como las paperas, sarampión, viruelas, etc.? Si es así, fecha y enfermedad o condición .
4. Por favor describa cualquier otra condición especial, médica o no, de este niño(a),

Información de Liberación de responsabilidad e indemnización:

PADRE/GUARDIÁN da permiso para que EL/LA JOVEN PARTICIPANTE participe en los programas y actividades de la Diócesis de Fort Worth y/o la Parroquia empezando el primer día de Junio, 2020 y continuando hasta el 31 de Mayo, 2021. Estos programas y actividades se llevarán a cabo bajo la dirección y asesoría de los empleados y/o voluntarios de la PARROQUIA y/o de la Diócesis de Fort Worth. Este permiso y liberación de responsabilidad se pondrá en el archivo y acompañará a este niño(a) a cualquier y a todo programa de actividades de la Diócesis de Fort Worth y/o de la PARROQUIA. Por separado, la FORMA B, Consentimiento para participar y Consentimiento para tratamiento médico de emergencia debe ser llenada y entregada junto con esta forma por cada programa y/o actividad.

Yo entiendo de que como padre/guardián/conservador legal, soy legalmente responsable por cualquier acción personal tomada por el/la participante nombrada(o) arriba.

Por mi parte y por parte del/la JOVEN PARTICIPANTE aquí nombrado, de nuestros herederos y sucesores, y apoderados acepto mantener indemne y liberar a la Diócesis de Fort Worth, al Obispo y sus sucesores, empleados, agentes, voluntarios, la parroquia, sus empleados y voluntarios de cualquier responsabilidad por enfermedades, heridas, muerte y el costo de tratamiento médico (a menos que sean causados por negligencia de la Diócesis y/o la parroquia) derivados de, o de cualquier manera relacionados con, la participación de mi hijo/hija/participante en los diversos programas y actividades durante las fechas nombradas arriba.

En el evento de que se lleve acabo alguna acción legal por alguna de las partes en contra de la otra parte para hacer cumplir cualquiera de las condiciones de este acuerdo, se está de acuerdo en que la parte que pierda esta acción debe pagar a la parte ganadora todo costo razonable de corte, honorarios razonables del abogado y otros gastos incurridos por la parte ganadora.

Liberación promocional

Yo también doy mi consentimiento (a perpetuidad, a menos que yo lo revoque por escrito y envíe por correo certificado, con acuse de recibo a: The Catholic Center, 800 West Loop 820 South, Fort Worth, TX 76108, ATTN: Director de la Pastoral Juvenil y Catequesis con Adolescentes) para el uso de cualquier video, fotografías, audio tape, diapositivas o cualquier otra reproducción visual o auditiva por la Diócesis de Fort Worth en las que mi hijo/hija pudiera aparecer. Entiendo que estos materiales, incluyendo páginas web y redes de comunicación social, se usan para la promoción de la Pastoral Juvenil de la Diócesis de Fort Worth y que tal vez incluirá proselitismo y recaudación de fondos.

Liberación sobre el uso de las redes de comunicación social

La Diócesis de Fort Worth utiliza la tecnología actual—incluyendo mensajes en Facebook y otras redes sociales—de una manera positiva para acercarse a la juventud de la Diócesis. Podemos eliminar cualquier contenido que consideremos impropio. Toda comunicación enviada a los adolescentes a través de las redes sociales, por cualquier persona que represente a la Diócesis, está disponible para cualquier padre que la solicite. Si usted no permite a su hijo/hija “textear”(enviar mensajes de texto), entrar a Facebook ni utilizar cualquier otro medio de comunicación social, no será posible que usen estos medios para participar en ciertas actividades de la Pastoral con adolescentes. Sin embargo, la Diócesis no puede garantizar que fotografías, videos u otras comunicaciones de su hijo/hija provenientes de otros programas diocesanos o parroquiales aparezcan en alguno de estos sitios de comunicación social.

Entiendo perfectamente que todo lo que he declarado aquí es verdad y manifiesta exactamente mis deseos.

Firma del padre/guardián/conservador _____ Fecha _____
Al marcar este cuadro y teclear su nombre aquí arriba, usted está de acuerdo que ésta es su firma electrónica.

Si usted no desea firmar este documento electrónicamente, por favor imprímalo, firmelo y mándelo por correo a su parroquia.